Aus der Prov. Heil- u. Pflegeanstalt Bonn
Direktor: Professor Dr. Pohlisch

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und seine Ausführung an der Prov. Heil.- und Pflegeanstalt Bonn im Jahre 1934.

Jnaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 15. Oktober 1938

von

Werner Gelhard
aus Ransbach i. Westerwald

Peter Froitzheim, Bonn, Adolfstr. 23

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät der Universität Bonn

Referent: Prof. Dr. Pohlisch
Korreferent: Doz. Dr. Panse

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
und seine Auswirkung
an der Prov. Heil- u. Pflegeanstalt Bonn im Jahre 1934.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. VII. 1933, am 1. 1. 1934 in Kraft getreten, stützt sich auf die reichlichen Erfahrungen und Ergebnisse der Erbforschung, die, bei den im Gesetz angeführten Erbkrankheiten, eine sichere Erbprognose gibt. Es dient dazu, der Verschlechterung der Qualität des deutschen Volkes vorerst Einhalt zu gebieten und dann, auf lange Sicht, im weiteren Verlauf die Träger der Erbkrankheiten in ganz erheblichem Maße zu verringern.

Der Gedanke zu diesem Gesetz tauchte bereits zu Anfang des Jahrhunderts auf und wurde besonders von Rüdin, Näcke, Groß und Juliusburger vertreten. In einigen Staaten der U.S.A., in einigen Kantonen der Schweiz, in Dänemark, Norwegen und Schweden bestanden bereits vor unserem deutschen Gesetz Bestimmungen über die Unfruchtbarmachung Schwachsinniger und Geisteskranker.

Der erste Gesetzentwurf in Deutschland wurde am 4. VII. 1914 im Deutschen Reichstag eingebracht. Es wurde aber, nachdem vorher schon sehr aussichtslos darüber debattiert worden war, durch den Ausbruch des Krieges nicht mehr verhandelt.

In den Nachkriegsjahren waren es Boeters und Fetscher, die den Gedanken der Sterilisation weiter ausbauten und auch in verschiedenen Fällen durchführten. Zu einer gesetzlichen Regelung bestand aber in dieser Zeit durch die politischen Verhältnisse keine Möglichkeit, im Gegenteil waren Sterilisationen, aus eugenischen Gründen, mit schweren Freiheitsstrafen bedroht. Die Nachkriegsregierungen waren doch bestrebt die Ausbeute des liberalistischen Zeitalters hochzuhalten und immer weiter fortzubilden. Im Zeitalter des

Liberalismus hatte die Überwertung des Einzelwesens höchste Form angenommen, demzufolge waren die Bemühungen um Volk und Rasse geradezu in ein Nichts zusammengesunken. Die bedeutendste Folge dieser Überwertung war nicht nur eine Abminderung und schließlich eine Ausschaltung des regulierenden Prinzips der Auslese und Ausmerze, wie wir sie in der Natur allenthalben finden, sondern geradezu eine Bevorzugung alles dessen, was krank und minderwertig ist und was die Natur in ihrem freien Wirken zurückgedrängt hätte. Wenn auch das Eintreten für Schwache vom Standpunkt der Menschlichkeit unbedingt erforderlich ist, so ist doch eine Überspitzung im Hinblick auf eine gesunde Rassenpflege verderblich.

Als nun die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei, die als oberstes Gesetz die Erhaltung von Volk und Rasse hat, zur Regierung kam, war eines der ersten Gesetze dem bisher ungeminderten Strom minderwertigen und krankhaften Erbgutes Einhalt zu gebieten. Sie hatte die Sterilisation aus eugenischen Gründen auf ihr Programm gesetzt. Die Ermöglichung der Sterilisation wurde dann als selbständiger Gesetzentwurf am 14. Juli 1933 eingebracht und zum Gesetz erhoben, das am 1. 1. 1934 in Kraft getreten ist. Ein gesichertes Rechtsverfahren und die genauen eindeutigen Ausführungsbestimmungen verhüten eine irrtümliche oder mißbräuchliche Anwendung des Gesetzes.

Damit ist eine unbedingte Notwendigkeit, die Qualitätsverschlechterung des deutschen Volkes, die in den letzten Jahrzehnten in dauerndem Wachstum begriffen war, einzudämmen, durchgekommen.

Über die erbliche Belastung unseres Volkes gibt es keine zuverlässige Statistik und die Gebrechlichen-Zählung vermag naturgemäß nur einige Anhaltspunkte zu geben. In der Hauptsache ist man hier auf Schätzungen angewiesen.

Nach Scheidt gibt es bei vorsichtiger Schätzung 100 000 Epileptiker, 280 000 Schizophrene, 1 470 000 Schwachsinnige, 100 000 Manisch-Depressive, 23 000 erblich Taubstumme und Taube, 13 000 Blinde und 80 000 Schwermißbildete.

Das sind mehr als zwei Millionen mehr oder weniger schwer Belasteter, deren Fortpflanzung auf jeden Fall unerwünscht ist.

Eine gewisse Ergänzung der Gebrechlichenstatistik bildet die laufende Statistik der Krankenanstalten, wie sie im statistischen

Reichsamt von Jahr zu Jahr durchgeführt wird und die uns ungefähren Aufschluß darüber gibt, welche Mittel dem gesunden Volk verlorengehen, die so für Gebrechliche aufgebracht werden müssen. Die Heil- u. Pflegeanstalten für Geisteskranke mit insgesamt 150 000 Betten und einem Krankenbestande von 132 000 Kranken hatten im Jahre 1932 48 Millionen Verpflegungstage. Wenn man durchschnittlich pro Kopf für den Verpflegungstag mit allem, was dazu gehört: der Verpflegung, ärztlichen Betreuung, Unterhaltungskosten der Gebäude, Krankenpflegepersonal usw. nur einen Satz von 5,— Mk. zugrunde legt, so würde das bedeuten, daß rund ¼ Milliarde allein für Geisteskranke, die in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht sind, aufgebracht werden müssen. Wenn man ähnliche Gesichtspunkte für die Anstalten für Schwachsinnige mit 8,3 Millionen Verpflegungstagen mit in Betracht zieht, so kommt man auf einen weiteren Betrag von ca. 50 Millionen Mark. Alles in allem verursachen somit allein die in diesen Anstalten betreuten Geisteskranken und -schwachen einen jährlichen Aufwand von mindestens 300 Millionen Mark. Das ist natürlich nicht der Gesamtaufwand für die Erbkranken und die erblich Belasteten, insbesondere auch nicht für die Asozialen. Faßt man den Aufwand zusammen, der für diese ganze Kategorie der erbkranken, der asozialen und kriminellen Elemente insgesamt erforderlich ist, und zwar nicht nur das, was auf die in Anstalten Untergebrachten entfällt, sondern auch das, was sonst von der ganzen Volksgemeinschaft dafür aufgebracht werden muß, dann dürfte ein Betrag von 1 Milliarde Mark kaum zu hoch gegriffen sein. Wenn wir von dieser Zahl ausgehen, dann wird es uns klar, was es bedeutet, daß wir, wenn auch nicht den ganzen Betrag, so doch immerhin einen nennenswerten Teil dieses unproduktiven Aufwandes in unserem Volkshaushalt durch das Sterilisationsgesetz künftig einmal einsparen und für die Förderung der Erbgesunden verwenden können.

Die Erbkranken vermehren sich stärker als die erbgesunde Bevölkerung. Die Volkszählung von 1871 ergab auf 100 000 Einwohner 227 Geisteskranke, 1905 waren es 373 (davon 188 Geistesschwache) während man heute bereits mit einer Zahl von 1500 bis 2000 Geisteskranker auf 100 000 Einwohner rechnen muß. Nach Lenz lautet eine Zusammenstellung, die vor einigen Jahren herausgegeben worden ist, für die Gesamtzahl der Bevölkerung 250 000

Geisteskranke, 1—200 000 Schwachsinnige, 75 000 Idioten, 100 000 Epileptiker und dazu 6 Millionen Psychopathen verschiedener Art.

Für die Zunahme der Erbkranken spricht folgendes Beispiel. Im Freistaat Lippe wurde 1804 eine Zählung der Geisteskranken durchgeführt. Dabei ergaben sich 92 Geisteskranke auf 70 000 Einwohner. 1908 hatte Lippe 474 Geisteskranke bei 150 000 Einwohnern. Demnach ist die Zahl der Geisteskranken um 415%, die der Einwohner um 112% gestiegen. Wenn auch die Diagnosestellung im Laufe dieser 100 Jahre an Leistungsfähigkeit zugenommen hat und auch wohl noch eine Anzahl Geisteskranker oder deren Familien zugezogen sind, so spricht doch der Vergleich für eine starke Zunahme.

Auch das Zunehmen der Irrenanstalten und ihrer Belegzahl gibt deutlichen Aufschluß über das Zunehmen der Geisteskrankheiten. Allerdings hat eine Änderung der Aufnahmebedingungen stattgefunden und damit eine geringere Abneigung gegen die Anstalten.

Jahr	*Anstalten*	*Belegzahl*
1877	207	40 375
1900	330	115 882
1902	425	148 725
1905	488	149 145
1910	515	220 881
1911	530	227 263
1924	383	203 139
1932	385	258 000

(1924 und 1932 ohne die abgetretenen Gebiete).

Da in dieser Arbeit nur die im Jahre 1934 von der Prov. Heil- u. Pflegeanstalt Bonn aus durchgeführten Sterilisationen erfaßt werden sollen, kommen von den im Gesetz vorgesehenen Erbkrankheiten nur angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, circuläres Irresein, erbliche Fallsucht und schwerer Alkoholismus in Frage. Ein Fall von erblichem Veitstanz war nicht darunter.

Die Angaben über die Patienten sind nachträglich auf einer Kartothekkarte, die vom Reichsgesundheitsamt im Januar 1935 herausgegeben wurde, aus den Krankenakten und den Sterilisationsgutachten zusammengestellt worden. Die Angaben auf diesen Karten sind z. T. noch sehr unvollständig, weil die Krankenakten bisher nicht in dem erweiterten Umfange angelegt wurden, wie es für

eine restlose Ausfüllung der Karten erforderlich gewesen wäre. Die ausgefüllten Kartothekkarten sind dem erbbiologischen Institut, das der Bonner Anstalt neu angegliedert worden ist, zugeführt worden.

Die Gesamtzahl der im Jahre 1934 von der Bonner Anstalt ausgeführten Sterilisationen betrug 305, davon waren 151 Patienten Frauen und 154 Männer. Bis zum 31. 12. 1934 waren bei den 205 Erbgesundheitsgerichten 84 525 Anträge auf Unfruchtbarmachung eingegangen, d. h. 1,3 Anträge auf 1000 Einwohner oder 1 Eintrag auf 771 Einwohner. Die Anträge verteilten sich ungefähr zu gleichen Teilen auf Männer (42 903) und Frauen (41 662). Bis zum Jahresschluß 1934 waren 64 499 oder 75% der Anträge sachlich erledigt. In 56 244 Fällen (27 958 Frauen, 28 286 Männer), (93,8%) wurde die Unfruchtbarmachung angeordnet, in 3692 (6,2%) Fällen abgelehnt.

Es liegt in der Natur der Sache, daß zunächst die Fälle zur Sterilisierung gelangten, bei welchen die Verhütung der Fortpflanzung am vordringlichsten und die Begutachtung verhältnismäßig einfach war, wie bei diagnostisch klaren Fällen von angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, genuiner Epilepsie und bei schwerem Alkoholismus.

Die erste Sterilisation wurde in Bonn am 29. März 1934 durchgeführt. Von den sterilisierten Patienten wurden 139 (45,5% der Gesamt-Sterilisierten) im Anschluß an die Sterilisation oder kurze Zeit danach nach Hause entlassen, davon waren 21 schwachsinnig (33,3% der Schwachsinnigen), 93 (52,5%) litten an Schizophrenie, 20 (54%) waren Epileptiker und 5 von 7 waren manisch-depressiv erkrankt. Bei den in der Anstalt verbleibenden Patienten handelte es sich um solche, die zu irgendeiner Arbeit außerhalb der geschlossenen Station herangezogen wurden, oder deren Entlassung in absehbarer Zeit in Aussicht genommen werden konnte, wie es bei der Schizophrenie und dem manisch-depressiven Irresein meist der Fall ist.

Bei der Verhütung erbkranken Nachwuchses steht an erster Stelle der angeborene Schwachsinn, wegen seiner großen Verbreitung und wegen der unverminderten, ja sogar gesteigerten Fortpflanzung der Erbträger. In der Bonner Anstalt kommt er mit 63 Patienten, davon 20 Frauen und 43 Männern erst an zweiter Stelle, da diese Patienten meist in reinen Pflegeanstalten, Fürsorgeanstalten, Hei-

men oder noch in eigener Familie untergebracht sind. Die Zahl der Schwachsinnigen ist sehr groß, die Angaben hierüber gehen weit auseinander. Nur zu einem geringen Teil sind die Schwachsinnigen, soweit sie unter das Gesetz fallen, überhaupt bekannt. Nach dem Kommentar von Gütt-Rüdin-Ruttke versteht man unter (angeborenem) Schwachsinn „jeden im medizinischen Sinne eben noch diagnostizierbaren Grad von Geistesschwäche". Dabei wird betont, daß bei mäßigem oder geringerem intellektuellen Schwachsinn stets auch noch das Ergebnis der sonstigen psychischen Prüfung, der Charakterprüfung, des ganzen Erfolges in der Schule, im Beruf und Leben, das Verhalten zu der Rechtsordnung usw. entscheidend in Erwägung gezogen werden müsse. Danach ist das Bestehen einer gewissen, wenn auch nur geringen Intelligenzschwäche Voraussetzung für die Annahme eines Schwachsinns. Nach diesen Gesichtspunkten ist bis zum Inkrafttreten des Gesetzes wohl nur in den wenigsten Fällen der Schwachsinn beurteilt worden. Einen von jedem Laien als Schwachsinnigen erkannten Menschen der Sterilisation zuzuführen ist leicht, aber die leichteren Schwachsinnszustände für die Fortpflanzung auszuschalten ist für die gründliche Durchführung des Gesetzes eine nicht zu verkennende Schwierigkeit. Hier sind eingehende Sippenerhebungen nötig, die dann meist genügenden Aufschluß darüber geben, ob es sich um erblichen Schwachsinn handelt. Die Reichsgebrechlichenzählung von 1925 gibt 100 000 Schwachsinnige an. Es handelt sich dabei wohl nur um die schweren und um einen Teil der mittelschweren Fälle, während die geringeren, aber meist gefährlicheren Schwachsinnsgrade nicht dabei erfaßt worden sind. Nach den Angaben von Lenz und Bonhoeffer bewegt sich der Anteil der Schwachsinnigen zwischen 1 und 2% der Bevölkerung. Weit höhere Zahlen geben Kleefisch, von Brunn und Siemens an, die bis 2,4 Millionen gehen. Auch die Angaben über die Erblichkeit der Fälle schwankt sehr: nach Kleefisch 33%, nach Kramer 50%, nach Rüdin und Rizor 66%, nach Just 75%, nach von Verschuer 80% und nach Kankeleit 84%. Auf jeden Fall ist der Prozentsatz der Schwachsinnigen an der Gesamtbevölkerung hoch und daß hier gründlicher Wandel geschaffen werden muß, ist für eine gesunde Rassenpflege unbedingt erforderlich. Man kann sich immer wieder davon überzeugen, daß die Eltern der Schwachsinnigen oft ebenfalls schwachsinnig sind, zumindest ein Elternteil.

Von den hier in Frage kommenden Schwachsinnigen war in 8 Fällen eines der beiden Eltern schwachsinnig, 14mal war ein Elternteil geisteskrank, kriminell oder sonst psychisch abnorm, in 12 Fällen war ein Elternteil Trinker. 15 Geschwister, von insgesamt 188, waren schwachsinnig und 10 geistig abnorm. Wenn man hierzu bedenkt, daß die Angaben meist nur von den Angehörigen, die gerne verschweigen und beschönigen, Lehrpersonen oder sonstigen Laien stammen, so erhöhen sich die Zahlen noch erheblich. 3 Patienten waren unehelich geboren. Die Gesamtzahl der Kinder betrug 30, jedoch ist hierbei zu beachten, daß es sich zum größten Teil um Patienten handelte, die sich schon sehr lange in Anstalten befanden (42 von insgesamt 63 Patienten) und keinerlei Möglichkeit zur Fortpflanzung gehabt haben, und wo es sich meist um Idiotie und Imbezillität handelte. „Je schwerer der Schwachsinn ist, umso kleiner die Nachkommenziffern" (P a n s e).

Der Erbgang des Schwachsinns ist noch nicht restlos geklärt. Es gibt Stammbäume, die an eine dominante Vererbung denken lassen. Wahrscheinlich ist, daß es Schwachsinnsformen mit verschiedenen Erbgängen gibt. Ist ein Teil der Eltern schwachsinnig, so muß man nach den Ergebnissen der empirischen Erbprognose mit 33—50% schwachsinniger Kinder rechnen, sind beide Eltern schwachsinnig, sogar mit 90%. In den vorliegenden Fällen waren in der weiteren direkten Verwandtschaft 6 Fälle von Schwachsinn und 18 Fälle psychischer Abnormität festzustellen.

Die Sterilisation bietet die einzige Handhabe, die Bekämpfung des Schwachsinns erfolgreich durchzuführen, der durch seine überdurchschnittliche Vermehrung dauernd im Wachstum begriffen war. Wie groß die Fortpflanzungsfähigkeit der Schwachsinnigen ist, geht daraus hervor, daß 28 Patienten, bei denen die Geschwister angegeben waren, deren insgesamt 188 hatten, im Durchschnitt also 8 Kinder pro Familie, während der Durchschnitt für die gesamte Bevölkerung für 1934 2,32 Kinder pro Familie beträgt. Wenn man dazu bedenkt, daß diese Geschwister zumeist auch als Erbträger des Schwachsinns in Frage kommen, so ist das starke Anwachsen des Schwachsinns leicht zu erklären.

Die Schulleistungen der Schwachsinnigen sind naturgemäß sehr schlecht. 29 waren Hilfsschüler. Bei der ländlichen Bevölkerung, bei der es keine Hilfsschulen gibt, kann man sich in etwa nach dem

Wiederholen der Klassen richten. Hier sind es 23 Schwachsinnige, die nachweislich hinter dem Klassenziel zurückgeblieben sind. 6 Patienten haben überhaupt keine Schule besucht. Bei 5 Patienten ist nichts über die Schulleistungen gesagt.

Die Gesamtdauer der Anstaltsbehandlungen der bisher sterilisierten Schwachsinnigen betrug 410 Jahre, er schwankt bei den Einzelnen zwischen 25 Jahren und 2 Monaten.

Nach der Sterilisation konnten 15 schwachsinnige Männer und 6 schwachsinnige Frauen entlassen werden. Die restlichen 42 sterilisierten Schwachsinnigen sind Dauerinsassen, die zur Arbeit herangezogen werden. Ihre Sterilisation mußte deshalb durchgeführt werden, weil die Anstalt volle Gewähr dafür bieten muß, daß die Fortpflanzung unterbleibt. Da bei den Kranken, die z. T. auch unbeaufsichtigt arbeiten, an eine Fortpflanzung gedacht werden kann, mußte auch hier die Sterilisation durchgeführt werden.

Es folgen einige für den Schwachsinn typische Auszüge der Krankenakten mit Angaben über die Familie.

1. H. K., geboren 22. VI. 1919, ledig. Zwilling (der andere soll andersgeschlechtlich und normal sein), wurde in der Hilfsschule unterrichtet und aus der 8. Klasse entlassen. Die Patientin ist geistig hinter ihrem Alter zurück, albern, besitzt eine erotische Aufdringlichkeit. Sie war vom 29. VI. bis 11. XI. 1933 in einem Mädchenheim in Dormagen untergebracht; konnte dort nicht gehalten werden und wurde dann nach der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Bonn überführt. Hier wurde sie am 2. VIII. 1934 sterilisiert und dann der Prov.-Kinderanstalt für seelisch Abnorme überwiesen. Die Großväter väterlicher- und mütterlicherseits waren Trinker. Die Mutter war schwachsinnig, 1923 gestorben; bekam in den letzten Jahren „epileptische" Anfälle. Ein Bruder der Mutter war Trinker und kriminell, dessen Sohn wurde wegen Unterschlagung bestraft.

2. A. V., geb. 14. III. 1910, hatte 10 Geschwister, ehelich geboren. Sie besuchte die Volksschule, blieb einmal sitzen. Sie leidet an angeborenem Schwachsinn, ist haltlos, kritiklos, triebhaft, asozial und „mannstoll'. Wurde wegen Geistesschwäche entmündigt. Hat keinen Beruf erlernt. Vom 27. III. 1922 bis 13. VIII. 1932 war sie in der Anstalt Kühr, wurde dann nach der Anstalt Andernach verlegt, wo sie bis zum 20. III. 1933 blieb, wurde von hier nach Hause entlassen. Am 2. XI. 1933 wurde sie wieder in die Anstalt Galk-

hausen eingeliefert. Hier wurde festgestellt, daß sie im 5. Monat gravide war. Am 9. III. 1934 wurde sie zur Entbindung in die Frauenklinik Kölns verlegt. Nach der Entbindung kam sie am 9. V. 1934 in die Anstalt Bonn, von wo aus sie nach der am 12. XII. 1934 durchgeführten Sterilisation, wieder nach Hause beurlaubt wurde. Über weitere Vorfahren ist nichts bekannt. Der Vater ist im Krieg gefallen. Die Mutter war sittlich verkommen, sie verließ ihre Kinder. Ein Bruder war zeitweise in einer Alexianer-Anstalt, eine Schwester beging 16jährig mit einem Freund Suicid im Rhein, eine andere Schwester starb an „Gehirnhautenzündung", und eine weitere Schwester starb an Kehlkopfschwindsucht. Ein Bruder bekam wegen Diebstahls Gefängnisstrafe, ein anderer Bruder war in Düsseldorf in einer Anstalt und eine Schwester in einer „Idiotenanstalt" gewesen.

3. G. L., Gärtner, geb. 2. VII. 1898, ledig, hatte noch 21 Geschwister. Hilfsschüler. Angeborener Schwachsinn mit Erregungszuständen und Neigung zum Vagabundieren. War 18mal in Heilanstalten. Neben dem einwandfreien Schwachsinn besteht deutliche Schizophrenie mit Halluzinationen, Zerfahrenheit in Wort und Schrift. 1917 Lues, 1918 Gonorrhoe. Ist seit 22. III. 1934 in der Bonner Anstalt, wo er am 30. VIII. 1934 wegen Schwachsinns sterilisiert wurde. Der Vater ist mit 69 Jahren im Delirium tremens gestorben. Er hat drei Frauen gehabt, mit denen er insgesamt 22 Kinder gezeugt hat, von denen 5 als Kleinkinder gestorben sind und er zwei zu Tode mißhandelt haben soll. Ein Onkel väterlicherseits leidet an Tuberkulose und sei „nicht ganz normal". Eine Schwester des Probanden lebt geistesschwach in einem Heim.

4. W. G., Händler, geb. 28. II. 1898, geschieden, angeblich keine Kinder. Hilfsschüler; hat 7 Geschwister. Patient ist ein hemmungsloser, leicht erregbarer Schwachsinniger, kriminell und zum Alkoholabusus neigend. Er hat Hasenscharte und Wolfsrachen. Er ist 15mal vorbestraft mit Geldstrafen, einmal mit 9 und einmal mit 4 Monaten Gefängnis. Seit 1919 ist er in acht Anstalten ca. 10 Jahre gewesen. Seit 9. VI. 1934 war er in der Bonner Anstalt, von wo er am 18. XII. 1934 nach erfolgter Sterilisation entlassen wurde. Der Vater war Trinker und kriminell, 7mal, hauptsächlich wegen Betrugs mit zusammen 15 Monaten Gefängnis bestraft.

5. J. W., Schlosser, geb. 3. VIII. 1909. Leidet an hochgradigem Schwachsinn, ist Analphabet. Ist seit 1923 ununterbrochen in der Bonner Anstalt. Der Vater war Trinker, die Mutter geistesschwach, zwei Geschwister des Probanden, ebenfalls geistesschwach, trieben sich umher; die Jüngste hiervon hat ein uneheliches Kind von einem unbekannten Vater.

6. J. R., geb. 25. XII. 1892, Schuhmacher. Besuchte die Volks- und Hilfsschule, blieb 4mal sitzen. Der angeborene Schwachsinn liegt weniger auf intellektuellem als auf ethischem Gebiete. Der Patient ist asozial und unfähig, mit seinem Wissen zu operieren. Er kann sich nicht selbst erhalten. Patient neigt zum Vagabundieren und hat einen Selbstmordversuch unternommen. Er war in den Heil- und Pflegeanstalten Düren, Andernach und Bonn und in der Anstalt Idstein, zusammen bisher 16 Jahre und 2 Monate. In der Bonner Anstalt ist er seit April 1928 und ist auch von hier am 19. XII. 1934 sterilisiert worden. Mit 13 Jahren wurde er bereits wegen Diebstahls mit einem Monat Gefängnis bestraft. 1925 bekam er wieder wegen Diebstahls eine Strafe von einem Jahr und 3 Monaten Gefängnis. Der Großvater mütterlicherseits ist im Delirium tremens in der Anstalt Düren gestorben. Eine Halbschwester der Mutter ist ebenfalls in der Anstalt Düren gestorben.

7. H. M., geb. 22. VI. 1916, Gärtner. Hat die Volksschule besucht, ist einmal sitzen geblieben. Bei dem Patienten liegt einwandfrei Imbezillität vor. Mit 13 Jahren Gonorrhoe mit nachfolgender Harnröhrenstriktur. Seit dem 13. Lebensjahr häufig Geschlechtsverkehr, vagabundierte auf den Straßen umher und verwahrloste. 1933 war er ein halbes Jahr in Fürsorge in Solingen, wurde dann nach Euskirchen verlegt, wo er nur acht Tage blieb, weil er wegen der Harnröhrenstriktur in die Chirugische Klinik in Bonn verlegt werden mußte. Von dort wurde er nach Hause entlassen. Im September 1934 wurde wegen Hehlerei die Sicherungsverwahrung für ihn angeordnet. Seit dieser Zeit ist er in der Bonner Anstalt untergebracht. Er wurde am 20. XII. 1934 in Bonn sterilisiert. 1931 war er wegen Diebstahls vom Jugendgericht verwarnt und kurze Zeit später wegen Körperverletzung mit 20,— Mark Geldstrafe belegt worden. Eine Tante väterlicherseits hat ein Kind, das taubstumm ist. Der Vater war zweimal verheiratet und hat insgesamt 7 Kinder gezeugt; davon ist eine Tochter verheiratet und hat 2 taubstumme Kinder, eine

Tocher ist Puella publica, beide Töchter stammen aus der ersten Ehe. Die Mutter des Probanden hatte vor der zweiten Ehe bereits Kinder, davon ist eine Tochter Puella publica und ein Sohn war drei Jahre in einer Erziehungsanstalt.

8. E.M., Arbeiter, geb. 1905. Besuchte die Volksschule, blieb zweimal sitzen. Debil, intellektuelle Minderleistungen, Haltlosigkeit, asoziale Neigungen. Unternahm einen Selbstmordversuch. War seit 1931 in drei Anstalten, zusammen drei Jahre. In einer Anstalt ist er entwichen. Von 1927—1931 war er in der Fremdenlegion. Bestraft wurde er dreimal 1926 und 1927 mit zusammen 8½ Monaten Gefängnis wegen Schwarzfahrt auf der Eisenbahn und wegen Schlägerei.

Unter den Geisteskrankheiten steht an erster Stelle die Schizophrenie.

Die Schizophrenen bilden mit 184 Patienten, davon 83 männliche und 101 weibliche, den Hauptanteil der von der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Bonn aus Sterilisierten. Im allgemeinen sind sie ja auch unter den zahlenmäßig am häufigsten Anstaltsinsassen. In der Durchschnittsbevölkerung rechnet Luxenburger mit 0,85% Schizophrenie-Vorkommen, 190 000 Schizophrene errechnete von Verschuer aus dem Bestand der Irrenanstalten. Nach neuesten Angaben schätzt von Verschuer und Just die Zahl für Deutschland auf 280 000 und aus der Krankheitserwartungsziffer von Rüdin läßt sich ein Maximum von 480 000 ableiten.

Bonhoeffer, Kankeleit und von Verschuer geben die Schizophrenen in den Anstalten mit ungefähr 70% an. Die Neuaufnahmen der Schizophrenie-Kranken in den Anstalten zählt Stumpfl mit 40%.

Bei Vergleich dieser beiden Hundertsätze läßt sich schließen, daß nur ein Teil der schizophrenen Patienten für dauernd entlassen werden kann; die restlichen machen den Hauptanteil der Dauerinsassen in den Anstalten aus. Daß aber jeder Schizophreniekranke, der sich in einer Anstalt befindet zur Sterilisation gemeldet werden muß, bevor an eine Entlassung gedacht werden kann, geht aus dem Erlaß des Innenministers vom Mai 1935 hervor, der besagt, daß von einer Antragsstellung nur abgesehen werden soll, wenn der Erbkranke in einer Anstalt dauernd verwahrt wird, das heißt, wenn nach der Lage des Falles mit einer Dauerverwahrung gerechnet werden muß. Von

einer solchen kann bei der unsicheren Prognose der Schizophrenie nur in einem kleinen Teil der Fälle gesprochen werden, überhaupt nicht bei den akuten Fällen des Krankheitsbeginnes. Das besagen ja auch die Zahlen, daß von den 184 sterilisierten Schizophrenen nach der Sterilisation 42 Männer und 51 Frauen, zusammen 93 oder rund 50% (47,9%) Patienten entlassen werden konnten, wovon 48 erstmalig in Anstaltsbehandlung waren, von denen 19 Patienten vor 1933, 7 im Jahre 1933 und 22 Patienten 1934 aufgenommen worden waren. 47 Patienten waren bereits öfter in Anstalten untergebracht. Von den noch nicht entlassenen Patienten waren 7 Patienten 1933 und 27 Patienten 1934 erstmalig aufgenommen. Von diesen konnte auch noch ein beträchtlicher Teil in absehbarer Zeit entlassen werden, oder die Entlassung wird noch erfolgen.

Da man früher, ohne die heute noch viel mehr verfeinerten Untersuchungsmethoden leichter mit der Diagnosestellung zur Hand war, sind diese alten Diagnosen nicht immer ohne weiteres zu verwerten. Manche dieser früheren „Schizophrenien" würden heute in die organischen Gehirnerkrankungen exogener Genese eingereiht werden müssen. Auch hier ist deshalb zur Kontrolle der familiären Belastung die Sippenerhebung, wie es bei dem Bonner Institut durch die Sammlung alter Krankengeschichten und Verkartung alles psychiatrisch Auffälligen möglich ist, unbedingt erforderlich. Der offensichtlich Schizophreniekranke, der doch fast stets in fachärztliche Behandlung kommt, wird auch ohne weiteres erbbiologisch erfaßt und der Sterilisation zugeführt werden; aber schon den sogenannten Schizothymen, der meist nur als „harmloser Sonderling" betrachtet wird, und der im allgemeinen selten in fachärztliche Behandlung kommt, erbbiologisch zu erfassen, ist die nicht zu unterschätzende Aufgabe des Hausarztes, die von diesem heute noch zum größten Teil aus Angst, sich die Praxis zu verschmälern, außer Acht gelassen wird. Die Schizothymen fallen zwar nicht unter das Gesetz, ihr Bekanntwerden ist aber für die Erbforschung von sehr großem Wert.

Bei den 101 Frauen betrug der Gesamtaufenthalt in den Anstalten 222 Jahre, bei den 83 Männern insgesamt 168 Jahre, sodaß durchschnittlich auf den einzelnen Patienten rund 2 Jahre entfallen, wenn man die langjährigen Anstaltsinsassen nicht mit einbezieht. Der längste Aufenthalt betrug bei den Frauen 21½ Jahre, bei den

Männern 12½ Jahre. Es ist aber hier immer wieder zu berücksichtigen, daß es sich um das erste Sterilisationsjahr handelt.

Von den 184 sterilisierten Schizophrenen waren 25 Männer und 30 Frauen, also rund 30% (28,3%) verheiratet. Das durchschnittliche Heiratsalter lag bei den Männern um das 27. Lebensjahr und bei den Frauen um das 25. Lebensjahr. Wenn man hierzu in Beziehung setzt, daß die erste Anstaltsaufnahme um das 26. Lebensjahr, das durchschnittliche Sterilisationsalter bei den Frauen um das 31., bei den Männern um das 34. Lebensjahr liegt, so ist doch noch eine geraume Zeit zwischen Auftreten der Krankheit und Sterilisation, in der eine Fortpfanzung vonstatten gehen kann. Da es sich ja um das erste Sterilisationsjahr handelt, wird wohl in Zukunft das durchschnittliche Sterilisationsalter dem Erkrankungsalter genähert werden, wenn das Gesetz gleich nach dem ersten Auftreten der Krankheit in Anwendung gebracht werden kann, d. h. der Patient sofort erbbiologisch erfaßt wird. Nur dadurch ist ein eugenischer Erfolg zu erzielen. Hier kann wohl nur eine genaue dauernde Kontrolle der erbkranken Sippen Erfolg bringen.

Die 55 erbkranken Schizophrenen hatten zusammen 120 Kinder, von denen noch 101 leben. Von diesen war bis zur Bestandsaufnahme angegeben: 1 schwachsinniges Kind, 1 Epilepsie und 3 psychisch abnorme Kinder. Bei Heranwachsen dieser Kinder wird sich die Zahl noch bedeutend verändern. Die von Rüdin angegebenen erbprognostischen Ziffern lauten nämlich: Bei einem kranken Elternteil sind ca. 16% der Kinder schizophren, 17,6% Psychopathen und 22,6% abnorme Typen, das sind 56,2% geistig abnorme Typen. Es sind also mindestens hier 56 Kinder, die erbprognostisch unerwünscht sind. Sind beide Eltern schizophren, dann sind zu erwarten: 53% der Kinder schizophren, 29% schizophrenieähnliche Psychopathen, gleich 82% Abnorme. Enkel von Schizophrenen werden 2,42% schizophren, 4,65% Psychopathen, 27% abnorme Typen, d. h. es sind 34,7% eugenisch bedenkliche Typen zu erwarten. Bei 96 Patienten. bei denen die Geschwisterzahl angegeben war, betrug diese 411 Geschwister. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Geschwister beträgt nach der derselben Quelle an Schizophrene 9,66%, abnorme Typen 16,3%, d. h. insgesamt sind 25,96%, der Geschwister von Schizophrenen eugenisch unerwünscht.

Eine Belastung in der Sippe war bei 97 Patienten angegeben.

Sie betrug bei den Eltern 13mal Schizophrenie, dabei keinmal beide Eltern; 17mal Alkoholmißbrauch, 2mal Schwachsinn, 1mal Epilepsie, 6 Suicidfälle, 40 psychisch abnorme oder auffällige Typen.

Bei den Geschwistern waren 16 an Schizophrenie erkrankt, 6 Schwachsinnige, 2 Epileptiker, 2 Selbstmörder und 27 psychisch abnorme Typen.

In der Sippe waren bei den oben angegebenen Fällen 23 Schizophrene, 6 Alkoholisten, 13 Suicide, 3 Schwachsinnige, 2 Epileptiker und 23 psychisch Abnorme. Ich lasse hier wieder einige typische Krankenaktenauszüge folgen.

1. A. K., geb. 16. III. 1906, verheiratet; 6. von 7 Kindern, ehelich geboren. Hat die Volksschule besucht. Erkrankte mit 18 Jahren. Heiratete mit 28 Jahren. Hat 1 Kind, das noch lebt. Wurde erstmalig am 3. IV. 1925 bis 25. VI. 1927, dann wieder am 30. IX. 1934 in der Bonner Anstalt aufgenommen. Wurde während des Anstaltsaufenthaltes sterilisiert. Am 4. II. 1935 nach Abklingen des schizophrenen Schubes nach Hause entlassen. Sie war von Kind auf überspannt fromm, war immer für sich, wollte ins Kloster gehen, wurde aber wegen Geisteskrankheit des Vaters nicht genommen. Zeigte später ganz deutliche Schizophrenie. Der Vater war wegen manisch-depressiven Irreseins siebenmal in der Bonner Anstalt, die Mutter war unauffällig. Der Großvater väterlicherseits war Trinker, in einer Wormser Anstalt untergebracht. Dessen Schwester war wegen Geisteskrankheit ebenfalls in der Wormser Anstalt. Eine Schwester der Patientin war wegen manisch-depressiven Irreseins in der Bonner Anstalt, eine andere Schwester war vor einigen Jahren depressiv, ein Bruder grübelt viel, ist entschlußarm, eine weitere Schwester ist sehr lebhaft und der jüngste Bruder läßt sich hängen, ist unselbstständig.

2. St. J., geboren am 10. VI. 1886. Einziges Kind, ledig. Besuchte die höhere Schule. War zuerst Chemiker und später Matrose! Wurde zum ersten Male von 1921—1923 in einer holländischen Staatsirrenanstalt wegen Schizophrenie interniert, dann in die Heil- und Pflegeanstalt Süchteln abgeschoben, wo er am 26. III. 1924 entlassen wurde. Am 29. III. 1934 wurde er in die Bonner Anstalt wieder aufgenommen, wohin er von dem Bonner Gerichtsgefängnis überführt worden war. Er zeigte Denkstörungen, Wahnideen, Erregungszustände, Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen und Zer-

fahrenheit. Am 3. VIII. 1934 wurde er sterilisiert und befindet sich jetzt noch in der Anstalt. Er wurde wegen Diebstahls und Einbruch viermal mit Gefängnis und dreimal mit Zuchthaus, außerdem noch von vier ausländischen Gerichten bestraft. Über die Sippe des Patienten ist nichts angegeben.

3. P. L., geb. 15. VI. 1895, Molkereigehilfe. 4. von 4 Kindern. Beuschte das Gymnasium, blieb zweimal sitzen. Ging in Unterprima ab. Nicht verheiratet. Erkrankte mit 39 Jahren. Wurde am 19. II. 1934 in der Bonner Anstalt aufgenommen. Zeigte Gedankenentzug, Beeinträchtigungserlebnisse, Affektgestörtheit, Versündigungs- und Verfolgungsideen, Selbstmordneigung. Er wurde im August 1934 sterilisiert und befindet sich noch in der Anstalt. Der Vater war Trinker; die Mutter hysterisch. Vier Schwestern des Vaters begingen Suicid, zwei Söhne dieser Schwestern nahmen sich ebenfalls das Leben.

4. K. St., geboren 23. IV. 1900, Student. Zeigte normale Schulleistungen. Erkrankte mit 18 Jahren. Er war in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn vom 11. I. 1918 bis 30. III. 1918, vom 24. II. 1928 bis 20. XII. 1928 und vom 28. II. 1930 bis 20. VI. 1934. Er war hier kataton, zerfahren, brachte Neologismen, Sinnestäuschungen und Wahnideen. Am 2. VI. 1934 wurde er sterilisiert. Der Vater zeigte keine psychische Auffälligkeit, die Mutter war nervös, hypochondrisch, hatte früher Platzangst. Ein Bruder der Mutter war „großmannssüchtig" und „ungeheuer klug". Ein Bruder der Mutter war nervös und litt unter Platzangst. Eine Schwester der Großmutter war wegen Gemütskrankheit zwei Jahre in einer Bonner Privatanstalt. Deren Kinder waren nervös, aufgeregt, ängstlich, großmannssüchtig, voll Unrast.

5. M. A., geboren 7. III. 1895, ledig. 3. von 5 Kindern. Normale Schulleistungen. Wurde am 27. II. 1934 aufgenommen und am 26. XI. 1934, nach der am 15. X. 1934 erfolgten Sterilisation, entlassen. Sie war hier autistisch, zerfahren, stand unter Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Die Eltern waren unauffällig. Eine Schwester des Vaters ist wegen Schizophrenie in der Anstalt Grafenberg untergebracht, deren Sohn ist wieder geisteskrank. Der Bruder der Patientin ist ebenfalls wegen Schizophrenie in einer Anstalt untergebracht.

Die manisch-depressiven Kranken haben den geringsten Anteil an den von der Anstalt aus Sterilisierten. Es handelt sich um sieben

Patientinnen, von denen 6 kurz nach der Sterilisation entlassen werden konnten, die 7. Patientin befindet sich seit 1931 in der Anstalt und ist Dauerinsassin, wird aber außerhalb der geschlossenen Anstalt beschäftigt.

Im allgemeinen ist die Zahl der Manisch-Depressiven auch nicht so hoch. In den deutschen Anstalten befinden sich zur Zeit etwa 20 000 Kranke. Just rechnet in seiner Veröffentlichung mit der hohen Zahl von 100 000 Zirkulären, die gleiche Zahl wird in der Bearbeitung des Gesetzes von Gütt, Rüdin und Ruttke angegeben.

Über die durchschnittliche Kinderzahl der Manisch-Depressiven liegen verwertbare Angaben zurzeit nicht vor. In vorliegenden Fällen waren 4 Patientinnen verheiratet und hatten zusammen 17 Kinder.

Die Erbkraft des manisch-depressiven Irreseins ist groß. Leider ist in den hier angegebenen sieben Fällen sehr wenig über die Sippen zu erfahren. Nach Rüdin sind bei konjugal manisch-depressiven Eltern die Kinder zu 100% abnorm, davon sind 62,5% wieder manisch-depressiv und 37,5% zykloid. Die Krankheitserwartung für die Gesamtbevölkerung beträgt indes nur 0,42%. Kinder von Manisch-Depressiven erkranken zu 30—33% in der gleichen Weise, 14,3% sind zykloide Psychopathen, 13% andere abnorme Typen. Stumpfl faßt die Ergebnisse anderer Untersuchungen zusammen. Danach sind die Kinder beiderseits kranker Eltern in 30% der Fälle wieder manisch-depressiv, in 50% hypomanisch und außerdem noch in 10% der Fälle psychisch auffällig, insgesamt zu 90% abnorm. Bonhoeffer und Just berichten über gleichartige Ergebnisse. Aus der Tatsache, daß circuläres Irresein häufig durch mehrere Generationen hindurch beobachtet worden ist, leitet Kankeleit dominanten Erbgang ab, ebenso Haecker. Lenz weist darauf hin, daß doppelt soviel Frauen wie Männer erkranken und rechnet daher mit einem geschlechtsgebundenen Modus. Daß es sich bei dem vorliegenden kleinen Material nur um Frauen handelt, dürfte wohl Zufall sein.

Das manisch-depressive Irresein ist die umstrittenste der unter das Gesetz fallenden Erbkrankheiten. Man hat geltend gemacht, daß die Patienten nach den zeitlich begrenzten Krankheitsphasen oft gesunde und vollwertige Mitglieder der Gesellschaft seien und

selbst in den extremsten Fällen keine Verblödung auftrete; daß außerdem bei diesem Krankheitsbild die auffalend große Zahl der geistig hochstehenden und künstlerischen Menschen beteiligt sei. Durch die Sterilisation entstehe daher die Gefahr der unerwünschten Ausschaltung wertvollen Erbgutes. Rüdin hat diese Einwände als unbegründet abgelehnt.

Der Anstaltsaufenthalt der Manisch-Depressiven ist im Gegensatz zu den anderen Geisteskrankheiten seltener langdauernd. Der Gesamtaufenthalt der sieben Frauen betrug zusammen $12^{3}/_{4}$ Jahre, er schwankt zwischen vier Monaten und $3^{3}/_{4}$ Jahren, dies aber auch wieder bei verschiedentlichem Aufenthalt in den Anstalten. Eine Patientin wurde 12mal aufgenommen und wieder entlassen.

Die Schwierigkeit bei der exakten Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bei dem manisch-depressiven Irreseins liegt in dem hohen Manifestationsalter der Erkrankung. Meist kommen die Patienten noch vor Ausbruch der Erkrankung zur Heirat und damit zur Fortpflanzung. Die vier hier sterilisierten Manisch-Depressiven heirateten zwischen dem 20. und 28. Lebensjahr und erkrankten zwichen dem 18. und 34. Lebensjahr. Der Manisch-Depressive wird von der Bevölkerung vielfach gar nicht als Geisteskranker angesehen, zumal wenn kein Anstaltsaufenthalt erforderlich war, und so könnte eine Heirat in einem freien Intervall, das jahrelang anhalten kann, doch stattfinden, wenn eine erbbiologische Überwachung der als krank bekannten Sippen nicht stattfinden würde. Daß eine solche Heirat zustande kommen konnte, beweist nachfolgender Krankenblattauszug.

M. H., geb. 15. VIII. 1892. Normale Schulleistung. Geschwisterzahl nicht angegeben. Wurde mit 18 Jahren, zuerst 1910, in die Heil- und Pflegeanstalt Düren wegen Depression aufgenommen, dann 1911 Aufnahme in der Bonner Anstalt wegen Manie. Heiratete 1920, mit 28 Jahren. War in der Zwischenzeit 4mal manisch nach vorhergehenden Depressionen; Anstaltsaufenthalt war dabei aber nicht erforderlich. Wurde dann nacheinander 1923, 24, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35 jedesmal für einige Monate wegen abwechselnder Manie und Depression aufgenommen. Sie wurde am 25. VI. 1934 sterilisiert und am 11. VII. 1934 entlassen. Danach war sie wieder vom 5. I. bis 4. III. 1935 wegen Manie in Anstaltsbehandlung. Sie gebar 9 Kinder, von denen 8 noch leben, über deren

psychisches Verhalten aber nichts angegeben ist. Die Großmutter mütterlicherseits soll in den Wechseljahren geistesgestört gewesen sein, der Vater habe getrunken, die Mutter war mit 29 Jahren im Wochenbett „geistesgestört", eine Stiefschwester soll geisteskrank gewesen sein.

Ein sehr schwieriges Kapitel zu dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist die erbliche Fallsucht. Man wird wohl hier häufig ohne eine fachärztliche Begutachtung nicht auskommen, da manche Epilepsie, die zunächst als erblich imponiert, nach genauer neurologischer Untersuchung und Abwägung aller in Frage kommenden Momente von der Sterilisation ausgeschlossen wird.

Eindeutige klinische Befunde, die für eine erbliche Epilepsie sprechen, gibt es bis jetzt noch nicht. Das haben zahlreiche Untersuchungen an der Bonner Nervenklinik bewiesen. Man kann jedoch durch Befunde, wie Liquorveränderungen, Kalkherde, Ventrikelveränderungen oder -Verlagerungen exogene Momente aufdecken. Von dem Verfahren der Encephalographie ist bis jetzt in ca. 500 Fällen mit großem Nutzen für die Differentialdiagnose zu den erworbenen Krampfleiden Gebrauch gemacht worden.

Krankheitsformen, bei denen offensichtlich exogene Momente eine Rolle spielen, sind für den Gesetzgeber ohne Bedeutung. Es gibt wohl nur eine Art von Anfallszuständen, die eine exogene Ursache nicht nachweisen läßt und trotzdem nicht zu dem epileptischen Formenkreis gehört: die Pyknolepsie, die vor bzw. um die Pubertät auftritt, aber jenseits dieser ohne irgendwelche Folgeerscheinungen verschwindet.

Bei der Wiedergabe von Zahlen über den Bestand der Epileptiker ist daher besonders der Anteil der erblichen Fälle zu beachten. Haecker und Kandeleit geben dafür Zahlen an, die sich zwischen 60 und 80% bewegen. Kraepelin errechnet 87%, darunter 25% direkt von epileptischen Eltern. Mit 80 000 Epileptikern rechnet Kleefisch, von Verschuer, Just und Fetscher. Gütt, Rüdin und Ruttke geben 100 000 an. Nach von Verschuer waren 1927 allein 32 000 Epileptiker in Anstalten untergebracht. Daß es eine genuine oder erbliche Fallsucht gibt, steht außer Zweifel, das beweist allein schon die Forschung von Conrad.

Bei den hier in Frage stehenden 43 endogenen Epileptikern, 20 Männer und 23 Frauen, ist nur bei einem angegeben, daß der Vater

an Krampfanfällen litt. Die direkte Belastung von einm Elternteil auf die Kinder gibt Luxenburger mit 9%, Lenz und Hoffmann mit 10%, Stumpfl mit 3—15% an. Die durchschnittliche Belastung beträgt nach von Verschuer für die Münchener Bevölkerung 0,29%. Davenport und Weeks rechnen mit einfach recessivem Modus für die Vererbung. Rüdin und Bonhoeffer beobachteten daneben noch seltene dominante Formen. Nach den neuesten Forschungen ist aber überwiegend wahrscheinlich, daß der Erbgang recessiv ist. Lenz weist auf eine mögliche geschlechtsgebundene Vererbung hin; es erkranken nämlich doppelt soviel Männer wie Frauen, in vorliegenden Fällen ist das Verhältnis nahezu gleich (Männer/Frauen = 23/20).

Wenn man die Sippen der vorliegenden Epileptiker, bei denen bei 19 etwas über die Sippe angegeben war, von der Seite des Schwachsinns und anderer psychischer Abnormitäten betrachtet, so ergibt sich folgendes Bild: Eltern: 1 Epileptiker, 3 Schwachsinnige, 2 Selbstmörder, 3 Alkoholisten, 1 Geisteskranker, 9 psychisch Abnorme.

Geschwister: 5 Epileptiker, 2 Schwachsinnige, 1 Alkoholist, 2 psychisch Abnorme.

Verwandte: 2 Epileptiker, 3 Schwachsinnige, 2 Alkoholisten, 4 Geisteskranke, 1 psychisch Abnormer.

Bei den Kindern waren 3 Epileptiker. Weiter war über diese nichts gesagt.

Von den hier angegebenen Epileptikern waren 6 Frauen und 3 Männer, zusammen 14 oder 32,5% der Patienten schwachsinnig oder zeigten schlechte Schulleistungen bereits vor Auftreten der ersten Anfälle. Haecker fand bei 60% der erwachsenen Epileptiker Schwachsinn, bei 20% Verblödung (Dementia epileptica). Was die Kinderzahl der Epileptiker anbelangt, gehen die Ansichten mancher Autoren auseinander. Lenz stützt sich in seiner Behauptung, daß die Nachkommenschaft der Epileptiker den Bestand nicht erhalten wird, auf die Angaben von Echiverra, der feststellte, daß die Kinderzahl epileptischer Ehen nur etwa 3,3 betrage, davon starben noch 1,4 Kinder im frühen Alter. Im Gegensatz dazu spricht Kankeleit von einer zahlreichen Nachkommenschaft der Epileptiker.

Von den 43 sterilisierten Epileptikern waren 7 verheiratet und hatten zusammen 10 Kinder, von denen noch 8 leben.

Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes ist bei den Epileptikern natürlich ein sehr beträchtliches, da es doch schwierig ist, einen Patienten mit gehäuften Anfällen und mit der später eintretenden epileptischen Demenz zu Hause zu halten. Der Gesamtaufenthalt betrug bei den 43 Patienten 145 Jahre und schwankt zwischen 18 Jahren und 1 Monat. Das Erkrankungsalter geht von der frühesten Jugend (4 Jahre) bis zum 26. Lebensjahre in den vorliegenden Fällen. Das durchschnittliche Sterilisationsalter lag um das 27. Lebensjahr.

Nach der Sterilisation konnten 20 Patienten (6 Männer und 14 Frauen) nach Hause entlassen werden. Davon waren 1 Mann und 1 Frau nur zur Begutachtung bzw. zur Beobachtung aufgenommen und anschließend sterilisiert worden. Einige für Epileptiker typische Krankenaktenauszüge folgen.

1. A. O., geb. 16. III. 1916, ledig. 8. Kind von 11. Die Anfälle traten mit 9 Jahren auf. Besuchte die Hilfsschule. Hinfallen, Einnässen, Zungenbiß, danach müde, schläft dann mehrere Stunden; ist klebrig, kindisch, affektarm, Langsamkeit im Denken und in der Motorik. Wurde erstmalig vom 16. bis 28. XI. 1926 in der Lindenburg Köln aufgenommen, dann in der Kinderabteilung der Bonner Anstalt am 4 .1. 1932, von dort in die Männerabteilung der Anstalt am 19. II. 1932 überführt, am 14. VIII. 1934 sterilisiert und am 17. IX. 1934 nach Hause entlassen. Der Vater habe zeitweise stark getrunken (Dipsomanie?), die Mutter war sehr „nervös". Eine Schwester war wegen Epilepsie in der Anstalt Andernach, starb dort. Mehrere Geschwister sind als Kleinkinder an Krämpfen gestorben.

2. E.L., geb 13. VII. 1912. Hatte noch vier Geschwister, ist ledig. Seit Geburt Anfälle mit Einnässen, Zungenbiß, Charakterveränderung im epileptischen Sinne: klebrig, reizbar, umständlich. War seit 21. III. 1928 in Anstaltsbehandlung. Hat ein uneheliches Kind, das noch lebt und von ihrem Vater sein soll. Der Vater war Alkoholiker und die Mutter minderwertig. Eine Tante väterlicherseits ist seit Jahren in einer Anstalt, ein Bruder des Vaters starb in der Bonner Anstlt in „geistiger Umnachtung". Ein Bruder ist geistig annormal und körperlich zurückgeblieben.

3. J. P., geb. 10. XI. 1903, ledig. Schlechte Schulleistungen, blieb dreimal sitzen. Seit dem 17. Lebensjahre Anfälle. Seit 1921 wiederholt in Heilanstalten. Epileptische Charakterveränderung:

klebrig, reizbar, teilweise erregt, nachweisbar schwachsinnig. Keine exogene Ursache, typische epileptische Anfälle. Zwei uneheliche Kinder, von denen 1 gestorben ist. Wurde am 8. IX. 1934 sterilisiert und befindet sich noch in der Anstalt. Der Vater war schwachsinnig, habe als „Musiker" verschiedentlich getrunken. Die Mutter war in der Anstalt Brauweiler und in Bonn wegen Alkoholismus.

4. M. St., geb. 4. X. 1908, verheiratet mit 19 Jahren. Besuchte die Volksschule und zeigte normale Leistungen. Die ersten Anfälle traten mit 20 Jahren nach der Verheiratung während der ersten Schwangeschaft auf, erst alle acht Tage, dann wechselnd zwischen Wochen und Monaten. Es handelt sich um eine einwandfreie genuine Epilepsie. Sie zeigt Stimmungsschwankungen, ist meist stumpf, euphorisch, zutraulich, leitbar, schwer besinnlich, antriebsarm. Machte einen Selbstmordversuch. Wurde am 10. XII. 1934 sterilisiert und nach Hause entlassen. Sie hat ein Kind, das noch lebt. Der Vater soll früher getrunken haben, er bekommt seit vier Jahren epileptische Anfälle. Die Mutter ist mit 48 Jahren an Kehlkopftuberkulose gestorben, sie sei sehr jähzornig gewesen. Von den 8 Geschwistern ist einer mit 9 Jahren in einer Schwachsinnigen-Anstalt gestorben, 2 Zwillingsgeschwister sind klein gestorben.

5. Th. H., geb. 11. IX. 1890, ledig. Hat drei Geschwister. Bekommt seit dem 4. Lebensjahr typische epileptische Anfälle, hat jetzt eine ausgesprochene epileptische Wesensveränderung. War seit 1918 fast dauernd in Anstaltsbehandlung. Wurde am 25. IV. 1934 sterilisiert und am 25. VI. 1934 nach Hause entlassen. Der Vater war starker Trinker. Zwei Onkel väterlicherseits, ebenso der Großvater väterlicherseits sind an Tuberkulose gestorben. Ein Vetter mütterlicherseits war geistig minderwertig, bekam Krämpfe, ist gestorben. Zwei Vettern mütterlicherseits waren Trinker, eine Schwester von diesen hatte eine geistig annormale Tochter. Ein Bruder des Probanden war geistig minderwertig, ein Bruder ist Trinker.

Im Absatz 3 des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses heißt es: ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

Der Alkoholismus, im Gegensatz zu den eigentlichen im Gesetz angeführten Geisteskrankheiten, ist keine Krankheitseinheit, sondern eine uneinheitliche Gruppe von Erscheinungsbildern, die sich um das

Hauptmerkmal, den chronischen Alkoholabusus, schart. Es ist an sich kein erbliches Radikal, welches in Form der Trunksucht phänotypisch in Erscheinung tritt, sondern zeigt sich oft auf dem Boden einer Psychopathie.

Wenn es im Kommentar heißt, daß nicht das gewohnheitsmäßige Alkoholtrinken, nicht der Anhänger der Trinksitten, auch nicht das vorübergehende notorisch unmäßige Trinken, wie es in bestimmten Berufen und Lebenslagen vorkommen kann, gemeint ist, so werden damit offenbar die exogenen Trinker angeführt und von der Unfruchtbarmachung ausgeschlossen. Dafür werden dann im Kommentar die endogenen Trinker charakterisiert als Menschen, die trotz schlechter Erfahrungen, trotz Gegenwirkungen und ernster Vorhalte vom Laster nicht ablassen und sich und anderen damit schaden. Wenn man die Akten der endogenen und exogenen Trinker vergleicht, so kann man sofort den Unterschied entdecken. Während der exogene Trinker in den seltensten Fällen seinen Beruf oder seine Familie vernachlässigt und kriminelle Handlungen so gut wie nie vorkommen, so ist dies doch bei dem endogenen Trinker an der Tagesordnung. Er vertrinkt das ganze Einkommen, ohne sich um die Bedürfnisse der Familie zu kümmern, das Familienleben wird durch dauernde Roheitsdelikte zerrüttet, der Trinker wird selbst körperlich und geistig haltlos und verkommt, kann seinen Beruf nicht mehr ausüben, verliert die Urteilsfähigkeit für kriminelle Delikte, die ihn dann auch meist mit dem Gesetz in Konflikt bringen.

Dies alles rührt bei dem endogenen Trinker aber nur daher, daß er konstitutionell psychisch minderwertig ist und es soll nur der sterilisiert werden, dessen Trunksucht Folge eines Konstitutionsmangels ist.

Die meisten Alkoholiker versuchen ihre Sucht auf einen exogenen Faktor abzuschieben und zu beschönigen, was aber nur in einem kleinen Teil der Fälle zutrifft. 80% der Alkoholiker sind es aus endogener Ursache.

Wenn man die Sippen der vorher aufgeführten Geisteskrankheiten betrachtet, findet man bei jeder Erkrankung den Alkoholismus öfter angeführt, der doch dabei sicherlich mit der psychischen Abnormität der Sippe in Verbindung gebracht werden muß. Der primäre Defekt hat sekundär zur Trunksucht geführt. Die Erfahrungen lehren, daß die schweren Trinker nicht nur selbst verschie-

denartige, uneinheitliche nervöse Erbtypen darstellen, sondern auch von erb- und erscheinungsbildlich oft verschiedenen, aber in der Regel recht deutlich krankhaften Erbtypen abstammen. Die gleichen abnormen Typen finden sich in den Seitenlinien und es ist nicht verwunderlich, daß die Kinder wiederum belastet sind. Die Letzteren nicht etwa aus der Keimschädigung durch den Alkohol, die bisher nicht erweisbar ist, wie die Untersuchungen gezeigt haben, sondern eben durch die Erbanlage; wozu noch kommt, daß die Gattenwahl des Alkoholisten nicht sehr sorgfältig ist und daß es meist keine sehr wertvollen Frauen sind, die sich einen Trinker zum Ehepartner wählen.

Von der Bonner Anstalt aus wurden im Jahre 1934 14 Männer wegen schwerem Alkoholismus sterilisiert, die alle schon öfter wegen chronischen Alkoholmißbrauchs in Anstaltsbehandlung waren. Einer von ihnen war schwachsinnig, einer schizophren und einer war Epileptiker. Die sterilisierten schweren Alkoholiker ließen sich auch im allgemeinen zum größten Teil leicht unter eine andere der im Gesetz angeführten Erbkrankheiten einreihen.

Bei 4 Trinkern waren die Väter ebenfalls Alkoholisten.

Auffallend ist im Gegensatz zu den Geisteskrankheiten der Anteil an der Kriminalität: 6 Männer waren wegen verschiedener Delikte (Diebstahl, Gewalttätigkeiten, Beleidigung, Betteln usw.) vorbestraft.

Die Fortpflanzung der Alkoholisten ist überdurchschnittlich hoch. 7 Patienten waren verheiratet und hatten zusammen 33 Kinder, einer war unverheiratet und hatte 5 Kinder. Die Geschwisterzahl war ebenfalls sehr groß, bei 12 waren die Geschwisterzahlen angegeben, sie betrug zusammen 64; von diesen waren 2 schwachsinnig, 2 Trinker, 2 Epileptiker, 1 Selbstmörder und 2 psychisch Abnorme.

Nach erfolgter Sterilisation wurden 10 Patienten nach Hause entlassen.

Nachstehend einige typische Krankenaktenauszüge:

1. O. W., geb. 11. XI. 1887, Reisender. Besuchte die Volksschule; 2. von 3 Kindern. Ist nicht verheiratet, hat 5 Kinder. Ist seit seinem 27. Lebensjahr als Trinker bekannt. War zum 1. Mal 1914 wegen Delirium tremens in Anstaltsbehandlung, dann wieder 1919; beide Male für 2 Monate. War dann von 1928—1930 wieder

in Anstaltsbehandlung wegen Delirium tremens und zur Entwöhnung, trank aber nach seiner Entlassung wieder und kam im selben Jahre noch in das Arbeitshaus in Brauweiler, von wo er im Jahre 1932 entlassen wurde. 1934 wurde er wieder wegen chronischem Alkoholismus in der Bonner Anstalt aufgenommen. Nach erfolgter Sterilisation am 25. V. 1934 wurde er am 8. VIII. 1934 nach Hause entlassen. 1911 wurde er bereits wegen Trunksucht entmündigt. Bestraft wurde er 1926 mit einem Jahr Gefängnis wegen Leichtsinn, wie er selbst angibt. Sein Vater starb an einer Magenblutung, war selbst starker Trinker. Seine Mutter starb mit 75 Jahren an einem Magencarcinom. Ein Bruder ist 50 Jahre alt, körperlich und geistig zurückgeblieben, ist seit 12 Jahren im Männerasyl in Bonn untergebracht, seine Schwester bekommt „vorübergehend" epileptische Anfälle.

2. J. H., geb. 25. III. 1883, Arbeiter. Dritter von 13 Kindern. War selbst zweimal verheiratet und hat 14 Kinder gezeugt. Er heiratete mit 24 Jahren. Leidet an angeborener Debilität und schwerem Alkoholismus. Er ist wegen Eigentumsdelikten und Gewalttätigkeiten achtmal vorbestraft. In der Bonner Anstalt wurde er im Jahre 1933 aufgenommen, am 10. IV. 1934 sterilisiert und anschließend nach Hause entlassen. Sein Vater war ebenfalls chronischer Alkoholist. Ein Bruder ist Trinker und Epileptiker, ein anderer Bruder Trinker und schwachsinnig, beide sind in der Bonner Anstalt untergebracht. Über ein Delirium tremens ist in den Krankenakten nichts angegeben.

3. W. L., geb. 11. V. 1882, Arbeiter. Besuchte die Volksschule. Ist seit seinem 33. Lebensjahre verheiratet und hat zwei Kinder. Er ist wegen chronischem Alkoholismus ca 15mal in den verschiedensten Anstalten gewesen, unter anderem auch im Arbeitshaus in Brauweiler. Von seiner Frau ist er geschieden. Er ist asozial, haltlos und abnorm reagierend. Bestraft wurde er 1910, 13, 14 wegen Körperverletzung und Betrug, zuletzt mit Zuchthaus. Er wurde im August 1934 sterilisiert und befindet sich noch in Anstaltsbewahrung. Über die Sippe ist leider nichts ausgesagt. Über ein Delirium tremens ist in den Krankenakten nichts angegeben.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses soll den Kampf gegen den völkischen und rassischen Niedergang mit unterstützen und das weitere Heranwachsen geistig minderwertiger Men-

schen verhüten. Die hier angeführten, im ersten Jahr Sterilisierten bildeten mit den Auftakt dazu. Es handelte sich dabei meist um Patienten, die dem Psychiater schon länger bekannt und offensichtlich erbkrank waren. Die Schwierigkeit der Durchführung wird sich aber einstellen und ganze Arbeit kann erst dann geleistet werden, wenn der Kreis der Unfruchtbarzumachenden auf die merkmalsschwachen Erbträger ausgedehnt wird.

Es ist für mich eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Professor Pohlisch für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, die Unterstützung bei der Durchführung und die Überlassung des Materials meinen herzlichen Dank auszusprechen.

LITERATUR-VERZEICHNIS.

1. Bonhoeffer: Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädt. Bettel- und Vagabundentums. Bln. 1900.
2. Bonhoeffer: Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen. Klinische Wochenschrift 1924 Nr. 8.
3. v. Brunn: Zu den eugenischen Bestrebungen unserer Zeit. Münchener Med. Wochenschrift 1934 Nr. 1.
4. Burgdörfer: Aufbau und Bewegung der Bevölkerung 1935.
5. Dürre: Erbbiologische und rassehygienische Lehr- und Merkblätter für Standesbeamte 1935 Nr. 10.
6. Ewald: Altes und Neues zum Sterilisationsgesetz. Zeitschrift für psychiatrische Hygiene 1934.
7. Ewald: Über den Schwachsinn. Münchener Med. Wochenschrift 1935 Nr. 33.
8. Fetscher: Zur Frage der Sterilisierung aus eugenischen Gründen. Deutsche Med. Wochenschrift 1933 Nr. 36.
9. Fetscher: Zur Theorie und Praxis der Sterilisierung. Med. Klinik 1933 Nr. 36.
10. Gaupp: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und die Psychiatrie. Klinische Wochenschrift 1934.
11. v. Gruber, Rüdin: Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene. Lehmann 1911.
12. Kankeleit: Unfruchtbarmachung aus rassehygienischen und sozialen Gründen. Lehmann 1929.
13. Kranz: Erbbiolog. Diagnose aus Fortbildungskurs der Universität Gießen 1934.
14. Kranz: Der Arzt als Eheberater. Nassauisches Ärzteblatt 1937.

15. Lenz: Rassehygiene und klinische Medizin. Klinische Wochenschrift 1933 Nr. 4.
16. Luxenburger: Erblichkeit, Keimschädigung, Konstitution. Fortschr. der Neurologie 1935.
17. Matthias: Fürsorge für Geisteskranke. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge 1927.
18. Ottow: Berechtigung und Notwendigkeit rassehygienischer Unfruchtbarmachung. Der Jungarzt 1. Jahrgang Nr. 1.
19. Panse: Erbfragen bei Geisteskrankheiten. Lpz. 1936.
20. Prinzing: Handbuch der Medizinischen Statistik. Fischer 1931.
21. Reichsgesundheitsblatt 1935 Nr. 27.
22. Reiter, Osthoff: Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule. Zeitschrift für Hygiene 1921.
23. Rüdin: Die erblichen Grundlagen einer eugenischen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung. Deutsche Med. Wochenschrift 1932.
24. Rüdin: Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Springer 1916.
25. Saller: Stand und Aufgaben der Eugenik. Klinische Wochenschrift 1933.
26. Siemens: Grundzüge der Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. Lehmann 1933.
27. Staemmler: Rassenpflege im völkischen Staat. Lehmann 1933.
28. Stumpfl: Psychiatr. Eugenik. Deutsche Med. Wochenschrift 1933 Nr. 33.
29. v. Verschuer: Erbpathologie 1934.
30. v. Verschuer: Erbprognose bei Krankheiten. Deutsche Med. Wochenschrift 1934 Nr. 3.
31. v. Verschuer: Zur Frage der Häufigkeiten von Erbkrankheiten. Vortrag vom Internation. Kongreß für Bevölkerungswissenschaft 1937 in Paris.
32. Weygandt: Sterilisation und Kastration als Mittel zur Rassenhebung. Münchener Med. Wochenschrift 1933 Nr. 33.

LEBENSLAUF.

Am 3. Januar 1908 wurde ich als Sohn des Franz Josef Gelhard und seiner Ehefrau Katharina, geborene Sieben, in Ransbach im Westerwald geboren. Ich besuchte die Volksschule in Ransbach, das Gymnasium in Montabaur und die städtische Oberrealschule in Bonn, wo ich am 1. März 1929 mein Abitur machte. Medizin studierte ich in Königsberg, Jena und Innsbruck; zuletzt in Bonn, wo ich am 14. Dezember 1934 mein Staatsexamen machte. Anschließend war ich 6 Monate lang Medizinal-Praktikant in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn und 6 Monate lang an der Inneren Abteilung des St. Martin-Krankenhaus in Koblenz. Nach viermonatiger Landarztvertretung wurde ich Assistent am Krankenhaus Selters/Westerwald, wo ich bis zum 31. Dezember 1937 verblieb.